日本メディカルイラストレーション学会　入会申込書(個人会員)

私は日本メディカルイラストレーション学会の目的と事業に賛同し、会則を遵守致しますので、入会を申し込みします。

申込日　　年　　月　　日

フリガナ		職業	
氏　　名			
生年月日	明 大 昭 平　　年　　月　　日	性別	男　女
フリガナ			
自宅住所	〒 都 道 府 県		
TEL		携帯電話	
フリガナ			
勤務先名			
フリガナ			
勤務先住所	〒 都 道 府 県		
TEL		Eメール	
FAX		希望連絡先	自宅　・　勤務先
推薦者（会員）		適切な推薦者がおられない場合は事務局にご相談ください	

電子メール jsmi@med.kawasaki-m.ac.jp　事務局ファックス086-464-1127
川崎医科大学　現代医学教育博物館　中村信彦　宛